House/ﬂat number

**РЕЄСТРАЦІЙНА ФОРМА ДЛЯ ВИБОРУ ВИКОНАВЦЯ ПОСЛУГИ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ ДЛЯ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ, ТА ЛІКАРЯ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | I. I ПЕРСОНАЛЬНІ ДАНІ ОТРИМУВАЧА | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. Ім'я | | | | | | | | | | | | 2. Прізвище | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 3. Дата народження | | | 4. Номер PESEL, у разі його відсутності серія та номер документа, що посвідчує особу | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| \_ \_ - \_ \_ - \_ \_ \_ \_  день / місяць / рік | | |  | |  | | |  | | |  | | |  | | |  |  | |  | |  | |  | |  |
| 5. Домашня адреса | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 5А. вул | | | | | 5B. Будинок /  квартира | | | | | | | | | | 5C. Поштовий індекс / Місто | | | | | | | | | | |
|  | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| 6. Телефон | | |  |  | | |  | | |  | | |  | |  | |  |  |  | |  | |  | |  |  |
| 7. Електронна пошта | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 8. Дані законного представника (якщо отримувач є неповнолітньою або повністю недієздатною особою) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 8A. Ім'я | 8B. Прізвище | | | | | | | | | | | | | | 8C. Телефон | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| Домашня адреса | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8D. вул | | | | | 8E. Будинок /  квартира | | | | | | | | | | 8F. Поштовий індекс / Місто | | | | | | | | | | |
|  | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 8G Ім'я | 8H. Прізвище | | | | | | | | | | | | | | 8І. Телефон | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| Домашня адреса | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8J. вул | | | | | 8K. Будинок /  квартира | | | | | | | | | | 8 L. Поштовий індекс / Місто | | | | | | | | | | |
|  | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |

□

vider,

.....................................................................

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **II.** II РЕКВІЗИТИ ВИКОНАВЦЯ ПОСЛУГИ | | | | | | |
| **9.** На підставі ст. 9 сек. 1 Закону від 27 жовтня 2017 року про первинну медико-санітарну допомогу (Щоденник з Закони з 2020 рік, пункт 172), я заявляти в вибір: | | | | | | |
|  | 9А. Назва постачальника послуг (компанії). | |  | | |  |
|  | 9B. Юридична адреса постачальника | |  | | |  |
| **10 .** У поточному календарному році я роблю вибір: 2) | | | | | | |
|  | □ вперше або вдруге | | | | □ в третій і наступні рази |  |
| **11.** Під час вибору втретє чи наступного разу в поточному календарному році, будь ласка, вкажіть, чи була причина вибору: | | | | | | |
|  | * - обставина, визначена ст. 9 сек. 5 Закону від 27 жовтня 2017 року про первинну медико-санітарну допомогу:   + - у зв'язку зі зміною місця проживання   + - у зв’язку з припиненням надання медичних послуг обраним постачальником медичних послуг, лікарем первинної медичної допомоги обраного постачальника медичних послуг   + для особи, яка досягла 18 років, якщо лікарем первинної ланки є лікар, який має спеціальність 1 або 2 ступеня або звання лікаря-спеціаліста з педіатрії   + з інших причин, пов’язаних з постачальником медичних послуг (будь ласка, вкажіть)   ................................................. ................... ............................... .......................   * інши обставини | | | | |  |
| **III. РЕКВІЗИТИ ЛІКАРЯ ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНИТАРНОЇ ДОПОМОГИ** | | | | | | |
| **12.** На підставі ст. 9 сек. 2 Закону від 27 жовтня 2017 року про первинну медико-санітарну допомогу, заявляю про вибір: 4) | | | | | | |
|  | Прізвище та ім'я лікаря первинної ланки |  | | | |  |
| **13.** У поточному календарному році я роблю вибір: 2) | | | | | | |
|  | □ вперше або вдруге | | | | □ в третій і наступні рази |  |
| **14.** Під час вибору втретє чи наступного разу в поточному календарному році, будь ласка, вкажіть, чи була причина вибору: | | | | | | |
|  | * - обставина, визначена ст. 9 сек. 5 Закону від 27 жовтня 2017 року про первинну медико-санітарну допомогу:   + - у зв'язку зі зміною місця проживання   + - у зв’язку з припиненням надання медичних послуг обраним постачальником медичних послуг, лікарем первинної медичної допомоги обраного постачальника медичних послуг   + для особи, яка досягла 18 років, якщо лікарем первинної ланки є лікар, який має спеціальність 1 або 2 ступеня або звання лікаря-спеціаліста з педіатрії   + з інших причин, пов’язаних з постачальником медичних послуг (будь ласка, вкажіть)   ................................................. .... .............................................. ........   * інши обставини | | | | |  |
|  | .........................................  дата | | | ................................................. ............................................  (підпис отримувача або законного представника) 5) | |  |

House/ﬂat number

**РЕЄСТРАЦІЙНА ФОРМА ДЛЯ ВИБОРУ НАДАЧА ПОСЛУГ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ ТА МЕДИЧНОЇ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | **I.** I ПЕРСОНАЛЬНІ ДАНІ ОТРИМУВАЧА | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **1.** Ім'я | | | | | | | | | | | | **2.** Прізвище | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| **3.** Дата народження | | | **4.** Номер PESEL, у разі його відсутності серія та номер документа, що посвідчує особу | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| \_ \_ - \_ \_ - \_ \_ \_ \_  день / місяць / рік | | |  | |  | | |  | | |  | | |  | | |  |  | |  | |  | |  | |  |
| **5.** Домашня адреса | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 5А. вул | | | | | 5B. Будинок /  квартира | | | | | | | | | | 5C. Поштовий індекс / Місто | | | | | | | | | | |
|  | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| **6.** Телефон | | |  |  | | |  | | |  | | |  | |  | |  |  |  | |  | |  | |  |  |
| **7.** Електронна пошта | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | **8.** Дані законного представника (якщо отримувач є неповнолітньою або повністю недієздатною особою) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 8A. Ім'я | 8B. Прізвище | | | | | | | | | | | | | | 8C. Телефон | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| Домашня адреса | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8D. вул | | | | | 8E. Будинок /  квартира | | | | | | | | | | 8F. Поштовий індекс / Місто | | | | | | | | | | |
|  | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 8G. Ім'я | 8H. Прізвище | | | | | | | | | | | | | | 8І. Телефон | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| Домашня адреса | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8J. вул | | | | | 8K. Будинок /  квартира | | | | | | | | | | 8 л. Поштовий індекс / Місто | | | | | | | | | | |
|  | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |

□

vider,

.....................................................................

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **II.** II РЕКВІЗИТИ ВИКОНАВЦЯ ПОСЛУГИ | | | | | | |
| **9.** На підставі ст. 9 сек. 1 Закону від 27 жовтня 2017 року про первинну медико-санітарну допомогу (Щоденник з Закони з 2020 рік, пункт 172), я заявляти в вибір: | | | | | | |
|  | 9А. Назва постачальника послуг (компанії). | |  | | |  |
|  | 9B. Юридична адреса постачальника | |  | | |  |
| **10 .** У поточному календарному році я роблю вибір: 2) | | | | | | |
|  | □ вперше або вдруге | | | | □ в третій і наступні рази |  |
| **11.** Під час вибору втретє чи наступного разу в поточному календарному році, будь ласка, вкажіть, чи була причина вибору: | | | | | | |
|  | * - обставина, визначена ст. 9 сек. 5 Закону від 27 жовтня 2017 року про первинну медико-санітарну допомогу:   + - у зв'язку зі зміною місця проживання   + - у зв’язку з припиненням надання медичних послуг обраним постачальником медичних послуг, лікарем первинної медичної допомоги обраного постачальника медичних послуг   + для особи, яка досягла 18 років, якщо лікарем первинної ланки є лікар, який має спеціальність 1 або 2 ступеня або звання лікаря-спеціаліста з педіатрії   + з інших причин, пов’язаних з постачальником медичних послуг (будь ласка, вкажіть)   ................................................. ................... ............................... .......................   * інши обставини | | | | |  |
| **III. РЕКВІЗИТИ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ ПЕРВИННОЇ ДОПОМОГИ** | | | | | | |
| **12.** На підставі ст. 9 сек. 2 Закону від 27 жовтня 2017 року про первинну медико-санітарну допомогу, заявляю про вибір: 4) | | | | | | |
|  | Спочатку назва  та прізвище в первинний догляд лікар |  | | | |  |
| **13.** У поточному календарному році я роблю вибір: 2) | | | | | | |
|  | □ вперше або вдруге | | | | □ в третій і наступні рази |  |
| **14.** Під час вибору втретє чи наступного разу в поточному календарному році, будь ласка, вкажіть, чи була причина вибору: | | | | | | |
|  | * - обставина, визначена ст. 9 сек. 5 Закону від 27 жовтня 2017 року про первинну медико-санітарну допомогу:   + - у зв'язку зі зміною місця проживання   + - у зв’язку з припиненням надання медичних послуг обраним постачальником медичних послуг, лікарем первинної медичної допомоги обраного постачальника медичних послуг   + для особи, яка досягла 18 років, якщо лікарем первинної ланки є лікар, який має спеціальність 1 або 2 ступеня або звання лікаря-спеціаліста з педіатрії   + з інших причин, пов’язаних з постачальником медичних послуг (будь ласка, вкажіть)   ................................................. .... .............................................. ........   * інший обставини | | | | |  |
|  | .........................................  дата | | | ................................................. ............................................  (підпис отримувача або законного представника) 5) | |  |

House/ﬂat number

**REGISTRATION FORM TO CHOOSE A SERVICE PROVIDER FOR A GP PRACTICE AND A PRIMARY CARE MIDWIFE**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | I. I ПЕРСОНАЛЬНІ ДАНІ ОТРИМУВАЧА | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **1.** Ім'я | | | | | | | | | | | | **2.** Прізвище | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| **3.** Дата народження | | | 4. Номер PESEL, у разі його відсутності серія та номер документа, що посвідчує особу | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| \_ \_ - \_ \_ - \_ \_ \_ \_  день / місяць / рік | | |  | |  | | |  | | |  | | |  | | |  |  | |  | |  | |  | |  |
| **5.** Домашня адреса | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 5А. вул | | | | | 5B. Будинок /  квартира | | | | | | | | | | 5C. Поштовий індекс / Місто | | | | | | | | | | |
|  | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| **6.** Телефон | | |  |  | | |  | | |  | | |  | |  | |  |  |  | |  | |  | |  |  |
| **7.** Електронна пошта | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | **8.** Дані законного представника (якщо отримувач є неповнолітньою або повністю недієздатною особою) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 8A. Ім'я | 8B. Прізвище | | | | | | | | | | | | | | 8C. Телефон | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| Домашня адреса | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8D. вул | | | | | 8E. Будинок /  квартира | | | | | | | | | | 8F. Поштовий індекс / Місто | | | | | | | | | | |
|  | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 8G. Ім'я | 8H. Прізвище | | | | | | | | | | | | | | 8І. Телефон | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| Домашня адреса | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8J. вул | | | | | 8K. Будинок /  квартира | | | | | | | | | | 8L. Поштовий індекс / Місто | | | | | | | | | | |
|  | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |

□

vider,

.....................................................................

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **II.** II РЕКВІЗИТИ ВИКОНАВЦЯ ПОСЛУГИ | | | | | | |
| **9.** На підставі ст. 9 сек. 1 Закону від 27 жовтня 2017 року про первинну медико-санітарну допомогу (Зак. вісник 2020 р., ст. 172), оголошую вибір: | | | | | | |
|  | 9А. Назва постачальника послуг (компанії). | |  | | |  |
|  | 9B. Юридична адреса постачальника | |  | | |  |
| **10 .** У поточному календарному році я роблю вибір: 2) | | | | | | |
|  | □ вперше або вдруге | | | | □ в третій і наступні рази |  |
| **11.** Під час вибору втретє чи наступного разу в поточному календарному році, будь ласка, вкажіть, чи була причина вибору: | | | | | | |
|  | * - обставина, визначена ст. 9 сек. 5 Закону від 27 жовтня 2017 року про первинну медико-санітарну допомогу:   + - у зв'язку зі зміною місця проживання   + - у зв’язку з припиненням надання медичних послуг обраним постачальником медичних послуг, лікарем первинної медичної допомоги обраного постачальника медичних послуг   + для особи, яка досягла 18 років, якщо лікарем первинної ланки є лікар, який має спеціальність 1 або 2 ступеня або звання лікаря-спеціаліста з педіатрії   + з інших причин, пов’язаних з постачальником медичних послуг (будь ласка, вкажіть)   ................................................. ................... ............................... .......................   * інши обставини | | | | |  |
| **III. РЕКВІЗИТИ АКУШЕРКИ ПЕРВИННОЇ МЕДИЦИНСЬКОЇ ДОПОМОГИ** | | | | | | |
| **12.** На підставі ст. 9 сек. 2 Закону від 27 жовтня 2017 року про первинну медико-санітарну допомогу, заявляю про вибір: 4) | | | | | | |
|  | Прізвище та ім'я акушерки первинної ланки |  | | | |  |
| **13.** У поточному календарному році я роблю вибір: 2) | | | | | | |
|  | □ вперше або вдруге | | | | □ в третій і наступні рази |  |
| **14.** Під час вибору втретє чи наступного разу в поточному календарному році, будь ласка, вкажіть, чи була причина вибору: | | | | | | |
|  | * - обставина, визначена ст. 9 сек. 5 Закону від 27 жовтня 2017 року про первинну медико-санітарну допомогу:   + - у зв'язку зі зміною місця проживання   + - у зв’язку з припиненням надання медичних послуг обраним постачальником медичних послуг, лікарем первинної медичної допомоги обраного постачальника медичних послуг   + для особи, яка досягла 18 років, якщо лікарем первинної ланки є лікар, який має спеціальність 1 або 2 ступеня або звання лікаря-спеціаліста з педіатрії   + з інших причин, пов’язаних з постачальником медичних послуг (будь ласка, вкажіть)   ................................................. .... .............................................. ........   * інши обставини | | | | |  |
|  | .........................................  дата | | | ................................................. ............................................  (підпис отримувача або законного представника) 5) | |  |